

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Emeric SZÉKELY

Né le 30 Novembre 1908, à ORADEA (Roumanie)

LA MORTALITÉ ACTUELLE
PAR HÉMORRAGIE
due au Placenta Prævia

Président : M. BRINDEAU, Professeur

CHAMPIGNY
IMPRIMERIE NOUVELLE
121, Rue du Monument

1934

LE DOYEN. G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon Binet.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	ACHARD.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOUILLET.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNÉO.
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	TERRIEN.
	MARION.
Clinique ophtalmologique	BRINDEAU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	J.-L. FAURE.
	OMBREDANNE.
Clinique gynécologique	RATHERY.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale	Pierre DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Léon BERNARD.
Clinique propédeutique	MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose	HOVELACQUE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MULON.
	OLIVIER.
Professeurs sans chaire	VERNE.



II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie Psychiâtrie.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD Ét.	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
SÉZARY	Dermathologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VELTER	Ophtalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.	LEROUX . . .	Anatomie pathologique.
BUSQUET. . .	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE . . .	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN . . .	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	GUENIOT . . .	Clinique obstétricale.
AUBERTIN . . .		LE LORIER . . .	
BRULÉ . . .		LÉVY - SOLAL . . .	
CHIRAY . . .		METZGER . . .	
DUVOIR . . .			
HARVIER . . .			
LIAN . . .			
MM.			
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.		
CADENAT . . .			
HEITZ-BOYER . . .			
MOCQUOT . . .			
MOURE . . .			
SCHWARTZ . . .			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé . . .	Education physique.
FREY . . .	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD . . .	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ . . .	Puériculture.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE,
ROSA GOTTFRIED

A MES SŒURS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT A LA FACULTÉ,
ACCOUCHEUR DE LA CLINIQUE TARNIER,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu me faire le
grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.
Hommage très respectueux.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR VICTOR CATHALA

ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et qui, avec une
parfaite bienveillance, n'a
cessé de nous guider de ses
conseils éclairés.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR ALBERT SCHWAAB

ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL DE ROTHSCHILD,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*En témoignage de ma profonde
gratitude pour son enseigne-
ment qu'il m'a toujours pro-
digé.*

A M. LE DOCTEUR L. ZADOC-KAHN

MÉDECIN CHEF DE L'HÔPITAL DE ROTHSCHILD
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUBERTIN.
M. LE DOCTEUR LAUNAY.
M. LE PROFESSEUR NOBECOURT.
M. LE PROFESSEUR RATHERY.
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN.
M. LE DOCTEUR LORTAT-JACOB (In mémoriam).
M. LE PROFESSEUR TEISSIER (In mémoriam).
M. LE DOCTEUR V. CATHALA.
M. LE PROFESSEUR LEGUEU.
M. LE PROFESSEUR LEMAITRE.
M. LE PROFESSEUR TERRIEN.
M. LE PROFESSEUR CLAUDE.

A L'HOPITAL DE ROTSCCHILD :

M. LE DOCTEUR A. SCHWAAB.
M. LE DOCTEUR L. ZADOC-KAHN.

A MM. LES DOCTEURS :

G. WEILL, P. ASTRUC, AMADO, NISSIM,
P. WALTHER, FRIEDMANN, A. PECKER.

INTRODUCTION

L'insertion du placenta sur le segment inférieur est interprétée différemment selon les auteurs.

Pour les uns, toute perte de sang des trois derniers mois due à une insertion basse est appelée placenta prævia.

Pour les autres n'est considérée comme placenta prævia que tous cas occasionnant une hémorragie considérable.

De même pour le traitement, tandis que les uns traitent par la césarienne toute hémorragie, même minime, d'autres n'opèrent que le cas où la vie de la femme est en danger.

Il est difficile à comparer ou de rassembler des statistiques établies dans des conditions aussi différentes. Pour se faire une idée de la mortalité due au placenta prævia il fallait recueillir un grand nombre d'accouchements.

Rien de plus traitre — disaient Reeb et Paucot — qu'une statistique portant sur un nombre restreint des cas, ou limitée à deux ou trois opérateurs; seule la loi du grand nombre est capable de corriger la fantaisie de la loi des séries : on n'est plus alors exposé à justifier la définition péjorative, qui a été donnée de la science statistique « la forme la plus élégante du mensonge »; elle n'exclut pas,

en effet, la bonne foi et il n'est point jusqu'à l'expurgation qui ne s'en puisse réclamer tout en n'étant souvent qu'une subtile argumentation chiffrée.

Dans le présent travail nous avons pu recueillir un nombre considérable de placentas prævias s'élevant à 11.944, traités de différentes façons par des auteurs de pays différents. Nous y avons joint quelques cas personnels, observés durant notre internat à la Maternité de l'Hôpital de Rothschild.

Nous exposerons successivement l'historique, la statistique des différents services, quelques observations personnelles et nous terminerons par le résumé de ces nombreux cas cliniques.

HISTORIQUE

L'hémorragie, due à l'insertion du placenta sur le segment inférieur, était connue dès la plus haute antiquité. Pour remédier à ces hémorragies souvent très graves, les auteurs comme Celse, Soranus, Ætius et Paul d'Egine, ont préconisé « l'accouchement forcé ».

Vers la fin du *xvi*^e siècle, Ambroise Paré, puis son élève Guillemeau, appliquèrent systématiquement contre les hémorragies du travail cette méthode qui, peu à peu, fut pratiquée et se généralisa partout.

Jusqu'à Levret (1770), cette méthode continua encore à régner, mais peu à peu elle vieillit pour s'éteindre au fur et à mesure, que l'on s'apercevait des catastrophes entraînées et des morts dont elle était responsable.

Puzos propose, pour remplacer cet « accouchement forcé », un nouveau procédé — la simple rupture des membranes —, qui paraît inoffensive en même temps qu'efficace. De ce fait on supprime le tiraillement des membranes,

cause du décollement placentaire et très souvent cause des hémorragies.

Juge, recherchant de plus près la cause des échecs du traitement par la rupture large des membranes, s'aperçoit que les résultats heureux s'observaient lorsque le placenta était loin, tandis qu'au cours du placenta prævia central ou marginal, le nombre des insuccès était assez élevé.

Donc la première de ces méthodes, celle d'Ambroise Paré, est basée sur ce fait que l'hémorragie cesse après l'évacuation de l'utérus. Cette méthode de « l'accouchement forcé » est dangereuse en raison des déchirures ascendantes dont elle se complique trop souvent. Le but de la deuxième de ces méthodes est d'atteindre beaucoup moins l'évacuation immédiate de l'utérus, que l'arrêt de l'hémorragie.

Leroux substitue à la rupture des membranes le tamponnement vaginal. Mais les résultats fournis par les statistiques des partisans les plus fidèles de cette méthode ne plaident pas en sa faveur, puisque la mortalité maternelle est très élevée, entre 15-40 %. Ce pourcentage effrayant fut la cause de son abandon.

Avec l'apparition de l'asepsie le but recherché par tous les accoucheurs sera de vider l'utérus le plus rapidement possible. Cet accouchement « méthodiquement rapide » consistait à dilater un orifice de force; manuellement ou avec des instruments. Si cet orifice est souple il se dilatera; s'il est rigide il se déchirera. On a dilaté l'orifice avec des instruments rigides (dilatateur de Bossi) et avec les dilateurs élastiques (des différents modèles de ballon, de Barnes et de Champetier de Ribes). Ces ballons ont un double effet; par la compression qu'ils exercent ils assurent

l'hémostase, secondairement réveillent la contraction utérine et la dilatation du col. L'autre méthode est la dilatation manuelle, préconisée par Bonnaire.

La version par manœuvres externes et internes de Braxton Hicks fut décrite pour la première fois en Allemagne en 1817. C'est à Braxton Hicks que revient le mérite d'en avoir exposé les détails et la technique d'une façon complète. Le but de cette méthode est de faire une version par manœuvres mixtes, alors que la dilatation n'est pas encore complète. On amène ainsi le pied au dehors, qui sert de tampon et réalise au mieux l'hémostase. Non suivie d'extraction elle permet d'attendre la dilatation complète et constitue une précieuse sauvegarde pour la mère. Cette méthode désastreuse quant au résultat foetal n'est pas à dédaigner chaque fois que l'on se trouve en présence d'un foetus mort alors que la vie de la mère seule est en jeu.

Dans ces dernières années une nouvelle méthode obstétricale a été pratiquée par le professeur Delmas. Ce procédé consiste en l'évacuation extemporanée de l'utérus sous rachianesthésie, après dilatation manuelle du col.

Après la période de traitement obstétrical vient le traitement par des interventions chirurgicales.

L'incision du col a été pratiquée par Paul Dubois, Depaul, Cazeau, De Vitanza. Comme inconvénients graves, ces incisions peuvent être l'ébauche de déchirures étendues redoublant ainsi l'intensité des hémorragies existantes.

La césarienne classique fut appliquée comme traitement du placenta prævia, vers 1895. C'est le chirurgien anglais Lawson Tait qui l'employa le premier. En Amérique, Hus-

ton Ford l'avait déjà fait en 1892. En Europe, Harris, Slich et surtout Kronig et Selheim, suivirent l'exemple de Ford.

La césarienne supra-symphysaire a été mise au point dès 1870 par A. Stoltz. Cette intervention fut véritablement proposée en 1908 par un certain nombre d'accoucheurs étrangers pour remplacer la césarienne classique.

Introduite en France en 1919-20 par Brindeau et Schickelé, la césarienne segmentaire gagne bientôt les suffrages de la majorité des obstétriciens. La césarienne basse ne fut appliquée au traitement du placenta prævia que très sporadiquement jusqu'en 1926.

La césarienne supra-symphysaire peut être pratiquée suivant deux techniques :

- a) Une technique extrapéritonéale,
- b) Une technique transpéritonéale.

La première réalise le décollement du cul-de-sac vésico-utérin, qu'on attaque soit latéralement, soit de bas en haut.

La seconde technique comporte l'incision du péritoine vésico utérin avec, suivant les opérations, reconstitution de la disposition anatomique de la séreuse ou limitation du champ opératoire par les sutures péritonéales pour réaliser une véritable extrapéritonéale.

La césarienne vaginale a été préconisée en 1855 par l'auteur allemand Durrhsen. En France, cette intervention n'eut pas grand succès pendant longtemps; ce sont Brindeau et Jeannin qui furent les premiers à l'appliquer. Le principe de cette opération consiste à supprimer l'obstacle

apporté à la sortie du fœtus par les parties molles et à remplacer la dilatation progressive par une ouverture aussi large que possible obtenue par l'incision de ces parties molles. L'intervention a trouvé nettement son indication dans le cas de col inextensible et rigide.

Voilà en grandes lignes l'historique des différents traitements du placenta prævia.

RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE 100 CAS DE PLACENTA PRÆVIA

Service de la Maternité de Strasbourg
pendant les années 1920 et 1932

par M. R. Keller

100 cas de placenta prævia sur 19.898 accouchements
TRAITEMENT OBSTÉTRICAL DANS 88 CAS

*Première catégorie — Placenta prævia total —
26 cas qui furent traités :*

a) Ballon, version, extraction tardive	3 cas
b) Braxton-Hicks.	6 —
c) Version et extraction immédiate.....	2 —
d) Procédé de Delmas	1 —
e) Version et extraction tardive	13 —
f) Extraction par le siège	1 —

En résumé, il y a eu dans cette catégorie :

Mortalité maternelle 4 cas = 15,4 %
Mortalité infantile 84,6 % (4 en-

fants morts avant l'intervention et 18 pendant l'intervention).

Deuxième catégorie — Placenta latéral —

40 cas qui furent traités :

a) Rupture des membranes suivie d'accouchement spontané	10 cas
b) Ballon, suivi d'accouchement spontané..	6 —
c) Version et extraction immédiate	5 —
d) Version et extraction tardive	8 —
e) Ballon suivi de forceps	1 —
f) Ballon et version, extraction immédiate..	3 —
g) Braxton-Hicks.	4 —
h) Procédé de Delmas (rupture utérine)....	1 —
i) Accouchement spontané	2 —

En résumé, il y a eu dans cette catégorie :

Mortalité maternelle 2 cas = 4,9 %

Morbidité maternelle 24,4 %

Mortalité infantile 50 % (5 enfants morts avant l'intervention et 15 pendant l'intervention).

Troisième catégorie — Placenta prævia marginal — 22 cas :

a) Accouchement spontané	9 cas
b) Ballon, extraction par le siège	1 —
c) Rupture artificielle des membranes	7 —
d) Rupture spontanée des membranes, suivie d'accouchement par le siège	2 —

e) Rupture artificielle des membranes, suivie d'extraction par le siège	1 cas
f) Ballon, suivi d'hystérotomie vaginale an- térieure, version, extraction	1 —
g) Rupture spontanée des membranes, proci- dence du cordon; basiotripsie	1 —

En résumé, il y a eu dans cette catégorie :

Mortalité maternelle	0
Morbidité maternelle	3 cas = 13,6 %
Mortalité infantile	22, % (2 en- fants morts avant l'intervention, 3 pendant l'intervention).

Voie haute : 12 cas.

A) Césariennes basses (anciennes) : 8 cas;

B) Césariennes basses nouvelles, après exteriorisation
temporaire de l'utérus et incision transversale du
segment : 4 fois.

Dans ces deux groupes, la mortalité maternelle : 0; la
mortalité infantile : 8,3 %.

Au total, on a eu 1 décès sur 3.616 accouchements.

LE TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA
A LA CLINIQUE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE
DE STRASBOURG
PENDANT LES ANNEES 1929 A 1932
ET SES RESULTATS,
par M. REEB

On a eu :

101 cas de placenta prævia sur 18.307 accouchements.

1 placenta prævia pour 180 accouchements = 0,55 %.

M. Reeb emploie une division clinique :

a) Membranes accessibles (au toucher);

b) Placenta partout (au toucher).

Les membranes ont été accessibles :

66 fois;

25 fois placenta partout;

8 fois un diagnostic exact n'a pu être posé, le col et ses orifices n'étant pas perméables; reconnu au cours du traitement chirurgical.

Au total, il s'est donc agi de :

33 cas de placenta partout;

66 cas de membranes accessibles

(91 chez des multipares, 10 chez des primipares).

10 fois hémorragies sans aucun travail manifeste;

91 fois le travail a été manifeste;

61 fois traitement obstétrical;

35 fois traitement chirurgical;

5 fois traitement obstétrical, suivi de traitement chirurgical.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL — 61 CAS

a) Rupture des membranes, suivie d'un accouchement spontané.

8 cas :

Mortalité maternelle	0
Morbidité maternelle	3
Mortalité infantile	4

b) Ballon : Après rupture des membranes avec perforation du placenta recouvrant.

20 cas :

Mortalité maternelle	2
Morbidité maternelle	6
Mortalité infantile	10

c) Version de Braxton-Hicks, sans extraction.

11 cas :

Mortalité maternelle	0
Morbidité maternelle	2
Mortalité infantile	8

d) Version, extraction ou forceps à dilatation avancée.

18 cas :

Mortalité maternelle	5
Morbidité maternelle	5
Mortalité infantile	12

e) Procédé de Delmas.

4 cas :

Mortalité maternelle	1
Morbidité maternelle	0
Mortalité infantile	1

Au total, sur 61 cas de placenta prævia traités obstétricalement, 8 femmes et 35 enfants sont morts.

5 par anémie,
2 par infection,
1 par rupture et anémie.

Mortalité maternelle : 13 %. Mortalité infantile : 57,3 %.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : 35 CAS

(A partir de 1921)

	Mortalité maternelle	Mortalité infantile
1° <i>Hystérotomie vaginale.</i>		
1 cas	0	1
2° <i>Césariennes corporéales.</i>		
2 cas	0	0
3° <i>Césariennes basses.</i>		
(Pour M. Reeb, c'est l'opération de choix).		
32 cas	1	6
(Césarienne basse suivie d'hystérectomie subtotale)		
2 cas :		
Mortalité maternelle	0	
Mortalité infantile		0
13 fois anesthésie générale et 22 fois anesthésie rachidienne.		

Au total :

Mortalité maternelle, 1 cas sur 35 = 2,85 %

Mortalité infantile 20 %

Dans ce service, on a enregistré 1 décès sur 2.034 accouchements.

LE TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA
A LA CLINIQUE OBSTETRICALE
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX
DE 1920 A 1932
par MM. J. ANDERODIAS et R. MAHON

Sur 11.078 accouchements, on a noté 59 insertions du placenta sur le segment inférieur, soit dans 0,53 % des cas. Les membranes étaient accessibles dans 45 cas (76 %). On tombait sur du placenta partout dans 14 cas (24 %).

40 fois les hémorragies apparurent au cours de la gestation, dont 25 se reproduisirent au cours du travail.

19 fois, les pertes de sang firent leur apparition pour la première fois au cours du travail d'accouchement.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL : 49 CAS

		Mortalité maternelle	Mortalité infantile
a) Rupture spontanée des membranes	11 cas	0	3
b) Rupture artificielle des membranes	8 cas	0	3
c) Ballon suivi d'accouchement spontané	2 cas		

		Mortalité maternelle	Mortalité infantile
Ballon, suivi de version par manœuvre interne	5 cas		
Ballon suivi de forceps	5 cas		
Ballon suivi de basio- tripsie.	1 cas	0	77 %
d) Braxton-Hicks	2 cas	1	1
e) Version et extraction	7 cas	0	43 %
f) Forceps.	7 cas	0	57 %
h) Procédé de Delmas..	1 cas	0	1

En résumé, il y a eu dans cette catégorie :

Mortalité maternelle	1,9 %
Mortalité infantile	51,2 %

TRAITEMENT CHIRURGICAL : 10 CAS

		Mortalité maternelle	Mortalité infantile
a) Césarienne haute.....	2 cas	0	0
b) Césarienne basse.....	4 cas	0	2
c) Hystérectomie subtotale	4 cas	0	3

En résumé, il y a eu dans cette catégorie :

Mortalité maternelle	0
Mortalité infantile	50 %

Les auteurs constatent que la mortalité maternelle, après différents traitements, est extrêmement réduite et que les résultats sont paradoxalement excellents.

Un décès sur 11.078 accouchements.

STATISTIQUE DU PLACENTA PRÆVIA
A L'HOPITAL SAINT-LOUIS, DE 1920 A 1932

Service du D^r Cathala

Nombre d'accouchements : 52.057

87 placentas prævias :

Membranes accessibles	74
Placentas partout	13

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL : 73 CAS

		Mortalité maternelle	Mortalité infantile
a) Rupture large des membranes, suivie d'accouchement spontané...	40 cas	2	21
b) Pose de ballon.....	17 cas	1	14
c) Braxton-Hicks	14 cas	5	13

En résumé :

Mortalité maternelle : 8 cas
Mortalité maternelle globale : 10,96 %.

Causes de la mort :

6 fois : hémorragies,
1 fois : infection,
1 fois : Rupture utérine,
(1 femme est morte sans être délivrée.)

TRAITEMENT CHIRURGICAL : 13 CAS

		Mortalité maternelle	Mortalité infantile
Césariennes hautes	5 cas	1	2
Césariennes basses	2 cas	0	1
Césariennes et hysté- rectomie	6 cas	4	0

Mortalité maternelle globale : 38,46 %

Causes :

- 2 fois : infection (péritonite),
- 1 fois : hémorragie,
- 2 fois : rupture utérine.

Mortalité infantile immédiate : 5.

Mortalité infantile secondaire des premiers jours : 3.

On a fait transfusion :

- Après traitement chirurgical : 1 fois.
- Après traitement obstétrical : 3 fois.

Au total, on a eu 1 décès sur 4.004 accouchements.

STATISTIQUE DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE
DE 1920 A 1931

Il y a eu 170 hémorragies par insertion vicieuse du placenta sur 41.228 accouchements. Dans 146 cas on a dû intervenir.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL : 116 CAS

Première catégorie

a) Rupture large des membranes : 83 fois :

- 79 succès,
- 1 décès.

Dans trois cas, c'est au traitement chirurgical qu'on s'adressa (on a fait deux césariennes, une avec extériorisation et une césarienne basse).

Dans cette catégorie

la mortalité maternelle : 1 = 1,20 %

la mortalité infantile brute : 37 = 44,5 %.

Deuxième catégorie

b) On a posé le ballon dans 19 cas.

4 fois suivi d'intervention,

1 fois d'embryotomie,

1 fois Simpson,

2 perforations préalables de la masse placentaire, pratiquées pour permettre l'introduction du ballon,

1 échec suivi d'hystérectomie.

Mortalité maternelle : 3 cas.

c) Version : 8 cas. Sur ce nombre, on a fait :

1 basiotripsie,

1 Simpson,

1 perforation du placenta.

Mortalité maternelle : 1.

Total dans cette deuxième catégorie :

Mortalité maternelle : 4 = 18,57 %.

Mortalité fœtale : 23 = 85 %.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : 30 CAS

		Mortalité maternelle	Mortalité infantile
Césariennes corporéales..	4 cas	1	0
Césariennes avec extériorisation.	1 cas	0	1
Césariennes basses	9 cas	2	2
Hystérectomies.	16 cas	0	6

Sur 30 interventions chirurgicales :

3 décès maternels = 10 %

9 décès infantiles = 30 %

On a eu un cas de mort sur 5.153 accouchements.

STATISTIQUE DE LA MATERNITE DE PORT-ROYAL DE 1921-1930 (inclusivement)

Sur 35.590 accouchements on trouve 140 observations de
placenta prævia.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL

Au cours de la gestation, il fallut intervenir 8 fois :

		Mortalité maternelle	Mortalité infantile
a) Rupture des membranes.	3 cas	0	1
b) Rupture des membranes, suivie de pose de ballon	2 cas	0	2
c) Rupture, ballon, Braxton- Hicks.	1 cas	0	1
d) Rupture, ballon, version, extraction immédiate.	1 cas	0	1
e) Rupture, ballon, basiotripsie.	1 cas	0	1

Au total il n'y eut pas de mortalité maternelle; 6 enfants
morts.

Au cours du travail :

1° Pas d'interventions contre l'hémorragie : 32 cas.

Dans 7 cas, les hémorragies ne se sont pas reproduites au cours du travail; les membranes étaient rompues spontanément 5 fois prématurément, 2 fois précocement.

Mode de terminaison de ces 32 cas :

26 fois normalement,

3 procidences,

1 forceps,

1 siège,

1 césarienne basse pour présentation de l'épaule.

On a eu à déplorer un décès maternel, survenu le cinquième jour après l'hystérectomie pour rupture utérine au cours d'un accouchement normal.

Mortalité infantile : 7.

2° Il fallait intervenir pour hémorragies : 84 fois.

a) Rupture artificielle des membranes : 38 cas.

La terminaison de ces accouchements :

28 fois normalement,

1 procidence,

1 version sans incident,

1 version suivie de rupture utérine et hystérectomie suivie de mort,

4 craniotomies,

2 forceps dont un après application de ballon,

2 ballons.

Résultats :

Mortalité maternelle : 1 cas,

Mortalité infantile : 21, dont 3 enfants étaient morts avant l'intervention.

b) Application de ballon après rupture des membranes :
26 cas.

Dans 19 cas, le ballon amena l'arrêt de l'hémorragie.

Terminaison des accouchements :

- 7 fois normalement,
- 3 procidences du cordon,
- 6 forceps,
- 3 embriotomies.

Mortalité maternelle : 0. Mortalité foétale : 16.

Dans 7 cas, le ballon n'a pas amené l'arrêt de l'hémorragie.

Mode de terminaison des accouchements :

- 2 versions,
- 1 basiotripsie,
- 1 Braxton-Hicks,
- 2 Simpson,
- 1 dilatation bimanuelle suivie de basiotripsie.
- 6 délivrances artificielles.

Au total 3 femmes mortes et 7 enfants morts.

3° Méthodes diverses : 15 cas.

Ici encore, l'hémorragie fut rebelle, mais on n'applique pas de ballon après échec de la rupture.

a) Dans 6 cas, le travail était très avancé.

- 2 fois la dilatation était complète et on pratiqua deux versions.

b) 4 fois on a voulu compléter la dilatation et on termina :

- 1 fois par basiotripsie,
- 1 fois version sans incident,
- 1 fois version suivie de basiotripsie,
- 1 fois version suivie d'hystérectomie pour rupture du segment inférieur.

c) Braxton-Hicks : 5 cas :

dans un cas cranioclasie,
un décès maternel par infection,
deux Simpson,
deux hypophyses.

Résultats : mortalité maternelle : 1; mortalité fœtale : 13.

4° La rupture artificielle ne put être pratiquée.

4 applications de ballon (deux fois on crut avoir rompu les membranes; deux fois on termina l'accouchement par abaissement prophylactique du pied),

1 fois chez une primipare à terme, l'hémorragie devenue menaçante, on fit une césarienne basse avec succès,

1 décès maternel; 3 décès infantiles.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : 13 CAS

A) Les cas où l'intervention fut pratiquée pour lutter directement contre l'hémorragie, 9 cas :

1 hystérectomie en bloc,

5 césariennes hautes conservatrices,

1 césarienne basse conservatrice,

2 césariennes mutilatrices (une fois pour multiparité et en raison de l'âge de la femme, mort le cinquième jour).

B) Les cas où l'intervention fut pratiquée en raison de dystocias complexes associées à l'insertion vicieuse du placenta, 4 cas :

4 césariennes hautes.

Mortalité maternelle : 1. Mortalité fœtale : 2.

Il faut ajouter à ce tableau les cas où, en fin de compte, on eut recours à des interventions chirurgicales, soit parce que le traitement obstétrical ne suffisait pas pour terminer l'accouchement d'une façon satisfaisante pour la mère et pour l'enfant, soit parce que le traitement obstétrical avait créé une complication nouvelle, la rupture utérine.

Premier groupe : 2 césariennes basses,
1 hystérectomie vaginale.

Deuxième groupe : 3 hystérectomies subtotaux après rupture utérine.

Mortalité maternelle : 2.

En résumé :

Après intervention chirurgicale :

Mortalité maternelle : 7,60 %. Mortalité fœtale : 15 %.

Après traitement obstétrical :

Mortalité maternelle : 9,7 %. Mortalité fœtale : 92 %.

Mortalité maternelle totale sur 140 placentas prævius :
7 décès, soit 5 %.

Un décès sur 5.084 accouchements.

STATISTIQUE DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

de 1925 à 1932

On a eu 81 cas de placenta prævia sur 18.464 accouchements faits à l'hôpital et 9.483 accouchements effectués chez les sage-femmes agréées, contrôlées par la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL

- 1) Rupture large des membranes : 27 cas.
 - a) Accouchements spontanés : 24 fois.
 - b) Forceps : 3 fois.Mortalité maternelle : 1 = 3,8 %.
Mortalité fœtale : 16 = 70 %.
 - 2) Ballons : 9 cas.
Mortalité maternelle : 0. Mortalité fœtale : 5.
 - 3) Braxton-Hicks : 20 cas.
Simpson, 7 cas.
Basiotripsie : 1 cas.
- Dans ce troisième groupe :
- Mortalité maternelle : 2. Mortalité fœtale : 26.
- 4) Procédé de Delmas : 3 cas.
Mortalité maternelle : 0. Mortalité fœtale : 0.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

- a) Césariennes corporéales : 8.
Mortalité maternelle : 0. Mortalité fœtale : 0.
Une a été suivie d'hystérectomie à cause d'hémorragie dans les suites opératoires.
 - b) Césariennes basses : 5.
Mortalité maternelle : 1 (infection puerpérale).
Mortalité fœtale : 1.
 - c) Hystérectomie : 1.
Mortalité maternelle : 0. Mortalité fœtale : 0.
- Ce service compte 1 décès sur 6.986 accouchements.

STATISTIQUE DE LA MATERNITE
A L'HOPITAL DE LA PITIE

Service de M. JEANNIN
de 1926 à 1931

On a observé 75 cas de placentas prævias :

1° Placentas prævias traités par la voie basse : 48.

Mortalité maternelle : 5. Mortalité infantile : 18.

2° Placentas prævias traités par la voie haute : 27.

Césariennes supra-symphysaires, 16; placentas centraux, 16.

Césariennes avec hystérectomie, 11; placentas centraux, 9; placentas latéraux, 2.

Résultats

Mères, 3 décès : 1 par césarienne supra-symphysaire; 2 par césarienne avec hystérectomie.

Enfants, 7 décès : 4 par césarienne supra-symphysaire (tous à terme); 3 par césarienne avec hystérectomie (1 prématuré; 2 à terme).

STATISTIQUE DE MORTALITE
DE PLACENTAS PRÆVIAS

recueillie par le Docteur Ernst von Ammon, assistant
à la clinique de la Faculté de Wurzburg

10.396 cas de placentas prævias se terminant de différentes façons.

	Cas	Mort. mat.	Mort. inf.
a) Accouchement spontané ...	330	3 %	24, 3 %
b) Tamponnement vaginal ...	58	20, 7 %	63,15 %
c) Rupture des membranes....	925	1, 9 %	28, 8 %
d) Version après Braxton-Hicks	2048	8 %	74, 2 %
(Les auteurs sans césariennes).			
e) Version après Braxton-Hicks	1232	7, 1 %	64, 7 %
(Les auteurs avec césarienne).			
f) Abaissement d'un pied dans la présentation du siège....	151	6 %	65, 4 %
g) Ballons intraovulaires	705	5, 2 %	50 %
(auteurs sans césarienne).			
h) Ballons intraovulaires.....	1121	6,95 %	50, 3 %
(auteurs avec césarienne).			
i) Ballons extraovulaires	299	8, 7 %	49 %
j) Version et extraction	156	13, 5 %	48, 3 %
(auteurs sans césarienne).			
k) Version et extraction	414	10 %	59 %
(auteurs avec césarienne).			
l) Hystérectomie vaginale anté- rieure.	637	6, 6 %	36 %
m) Césariennes abdominales ..	2320	7, 3 %	18, 4 %

ANALYSE SUR 158 CAS DE PLACENTAS PRÆVIAS

par H. Léo MOSZKOWITZ M. D.

New-York - Jewich Maternity Hospital,
pendant les années 1909 à 1930 incluses

Sur 32.500 accouchements, on a eu 158 cas de placentas prævias.

Soit 1 cas sur 205 = 0,0048 %.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL

Placentas marginaux et partiels

a) Accouchements spontanés, 7 cas :

Mortalité maternelle: 1 (14%). Mortalité infantile: 0.

b) Rupture artificielle des membranes, suivie d'accouchement spontané, 28 cas :

Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 0.

c) Braxton-Hicks, 4 cas :

Mortalité maternelle : 1 (25 %). Mortalité inf. : 1.

d) Ballons, 77 cas :

74 extraovulaires,

3 intraovulaires.

Ballons suivis de forceps, 9 cas :

Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 2.

Ballons suivis de version podalique, 35 cas :

Mortalité maternelle : 2. Mortalité infantile : 11.

Mortalité maternelle totale avec les ballons : 5,2 %.

Mortalité infantile : 29 %.

e) Version interne, 19 cas :

Mortalité maternelle : 3 (16,6 %) Mortalité inf. : 20 %.

(7 cas d'accouchements forcés. Mort mat. : 2).

f) Forceps, 5 cas :

Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 1.

g) Siège, 7 cas :

Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 2.

h) Césariennes classiques, 10 cas :

Mortalité maternelle : 3 (30 %). Mortalité infantile : 2 (20 %).

(1 enfant non viable mort-né).

PLACENTAS CENTRAUX : 20 CAS

11 par la voie vaginale

a) Ballons, 1 cas :

(La femme est morte sans être délivrée).

b) Braxton-Hicks, 2 cas :

Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 0.

c) Version interne, 4 cas :

Mortalité maternelle : 3. Mortalité infantile : 3.

d) Ballons suivis de version, 4 cas :

Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 4.

En tout par la voie vaginale, 4 cas = 36,3 %.

9 cas de césariennes :

Mortalité maternelle : 2 (22 %). Mortalité infantile : 22 %.

Au total, il y a eu 12 morts sur 158 cas de placentas prævius = 7,5 %. 46 enfants sont morts = 29 %.

1 décès sur 2.708 accouchements.

ANALYSE DE 115 CAS DE PLACENTAS PRÆVIAS

par Isadore A. SIEGEL A. B.

M. D. Baltimore - In the Obstétrical Division
of the University Hospital
de 1920 à 1929

- a) Version podalique et extraction, 47 cas :
Mortalité maternelle : 6 (12,77 %). Mortalité infantile : 29 (61,7 %).
- b) Extraction de siège, 4 cas :
Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 3.
- c) Forceps, 3 cas :
Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 1.
- d) Accouchements spontanés, 16 cas :
Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 11
- e) Césariennes, 45 cas :
Mortalité maternelle : 1 (1,72 %). Mortalité infantile : 8 (17,39 W).

STATISTIQUE SUR LE PLACENTA PRÆVIA

DE JOHNS HOPKINS HOSPITAL C. H.

PECKHAM M. D. BALTIMORE

On a enregistré 146 cas de placentas prævias sur 36.000 admissions.

TRAITEMENT

a) Dilatation bimanuelle et version.....	19 cas
b) Ballons.	99 —
c) Braxton-Hicks	13 —
d) Césariennes.	5 —

On a eu 16 décès; d'après cette statistique, la mortalité maternelle est de 8,64 %.

Il y a eu 1 décès sur 2.250 accouchements.

STATISTIQUE DU TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA
A LA MATERNITE D'ALGER
de 1905 à 1933
par MM. Laffont et Fulconis

Sur un nombre de 11.921 parturiantes, on a eu à traiter
299 cas d'hémorragies par placentas prævias.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL : 279 CAS

a) Rupture artificielle des membranes	110 cas
b) Rupture des membranes suivie de bal- lons ou de la version sans extraction immédiate.	95 —
c) Version par manœuvres internes à dila- tation complète	73 —
d) Procédé de Delmas	1 —

Il y a eu 18 décès.

Causes :

- 5 par hémorragies,
- 7 ruptures utérines,
- 4 versions,
- 1 embolie,
- 1 choc.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : 20 CAS

a) Incision large du col	1 cas
b) Hystérectomie	1 —
c) Césariennes hautes	6 —
d) Césariennes basses	12 —

Au total : 2 morts.

En résumé, il y a eu : 1 décès sur 662 accouchements.

STATISTIQUE DE LA MATERNITE
DE L'HOPITAL ROTHSCHILD
Service du Docteur A. SCHWAAB
de 1924 à 1933

On a traité 17 placentas prævias sur 8.620 accouchements, dont j'ai pu recueillir pendant notre internat dans ce service 5 observations personnelles.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL : 16 CAS

- a) Rupture artificielle des membranes, 5 cas :
Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 3.
 - b) Rupture suivie de version, 2 cas :
Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 1.
 - c) Tamponnement, suivi de version et extraction, 1 cas :
Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 0.
 - d) Braxton-Hicks, 4 cas :
Mortalité maternelle : 1. Mortalité infantile : 3.
 - e) Simpson, 3 cas :
Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 2.
 - f) Procédé de Delmas, 1 cas :
Mortalité maternelle : 0. Mortalité infantile : 0.
- On a dû faire 5 fois la délivrance artificielle pour hémorragies.
- Dans ce groupe, il y a eu :
Mortalité maternelle : 1. Mortalité infantile : 9.

TRAITEMENT CHIRURGICAL : 1 cas

Césarienne vaginale, 1 cas :
Mortalité maternelle : 1. Mortalité infantile : 1.
Il y a eu 1 décès sur 4.310 accouchements.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

PREMIÈRE OBSERVATION

(Hôpital Rothschild)

M^{me} L. B..., 3 *pare*, âgée de 33 ans, a été prise chez elle d'une hémorragie abondante, indolore, débutant brusquement et sans cause. Le 12 décembre, à 9 heures, elle est admise au dortoir. Après injection chaude et huile camphrée, l'hémorragie s'arrête.

Le même jour, à 18 h. 30, reprise brusque de l'hémorragie, tamponnement vaginal serré.

A 9 heures, ablation du tampon, col dilatable comme 5 francs; sous anesthésie au chloroforme, on rompt les membranes, on fait une dilatation artificielle du col et version par manœuvres internes.

Extraction d'une fille vivante, pesant 3.280 gr. La femme sort en bon état le quatorzième jour.

DEUXIÈME OBSERVATION

(Hôpital Rothschild)

M^{me} A. G..., 3^e pare, âgée de 28 ans, entre à la Maternité le 7 janvier, à 17 h. 45, perdant du sang. Le toucher vaginal montre un col long; pas de travail. Après injection chaude, arrêt complet de l'hémorragie.

Le 8 janvier, à 10 heures, la femme ressent des douleurs et entre en travail, l'hémorragie recommence.

Au toucher, la dilatation est de 5 francs, on pratique la rupture large des membranes qui arrête l'hémorragie.

La femme accouche sans incident deux heures après d'un enfant vivant pesant 2.600 gr. Délivrance naturelle complète 450 gr.

TROISIÈME OBSERVATION

(Hôpital Rothschild)

M^{me} L. V..., 5^e pare, âgée de 29 ans, est admise au dortoir le 29 janvier 1932 pour petites douleurs dans le bas ventre.

A l'examen, on trouve une grossesse de 8 mois environ. Fœtus en transverse; auscultation positive. Au toucher le col est long.

Le 1^{er} février, à 8 heures du matin, la femme commence à avoir quelques contractions et perd un filet de sang. Au toucher, le col est entr'ouvert, non effacé, dans lequel on sent une partie du placenta.

A 9 h. 30, rachianesthésie au scurocaine, dilatation manuelle du col. Rupture des membranes. Version et extrac-

tion d'une fille vivante pesant 2.450 gr. Délivrance artificielle, placenta de 420 gr. Huile camphrée, sérum physiologique.

La femme sort en bon état le quatorzième jour.

QUATRIÈME OBSERVATION

(Hôpital Rothschild)

M^{me} V. D..., 2^e geste, rentre dans le service le 10 septembre 1933 pour fatigue et anémie. Elle raconte qu'elle a été prise chez elle d'une hémorragie abondante, il y a trois jours.

A son arrivée dans le service, l'examen révèle :

Femme très pâle, grossesse de 7 mois environ, tête en bas non engagée, dos à droite, auscultation positive.

Au toucher, on trouve le col long et fermé et le segment inférieur d'une consistance spéciale. On fait le diagnostic de placenta prævia.

Le 15 septembre 1933, la femme perd un petit peu de sang, sans douleurs; le col est toujours long; pas de travail.

De cette date jusqu'au 28 septembre, rien à signaler.

Le 28, à 15 heures, la femme commence à avoir des douleurs, on la conduit à la salle de travail.

A 17 h. 45, elle est prise d'une forte hémorragie. A l'examen on trouve une dilatation de 5 francs, placenta partout. En attendant le chef de service on tamponne la femme. L'auscultation est négative.

A 19 heures, on retire le tampon qui est imbibé de sang. A ce moment la dilatation est presque petite paume. Anes-

thésie au chloroforme. Dilatation manuelle. Simpson. Version et extraction d'un fœtus mort pesant 1.750 gr., suivie d'une délivrance artificielle.

Sérum, huile camphrée.

La femme sort en bon état le vingt-deuxième jour.

CINQUIÈME OBSERVATION

(Hôpital Rothschild)

M^{me} F. B..., au 7^e mois de la grossesse, a eu une petite hémorragie. Depuis cette date, la femme se porte bien et rentre dans le service pour de petites douleurs.

Examen : Femme à terme, assez gros enfant, tête en bas élevée, dos à droite. Auscultation positive.

Au toucher, le col est long, fermé, la femme commence à avoir des douleurs et, 3 heures après sa rentrée, elle saigne.

A ce moment, au toucher, le col est effacé. Dilatation entre 5 francs et petite paume. On sent une partie du placenta. On rompt les membranes et on abaisse un pied. 2 heures après, la femme accouche d'un enfant mort de 3.350 gr. Délivrance naturelle complète.

La femme sort en bon état le seizième jour.

SIXIÈME OBSERVATION

(Hôpital Saint-Louis)

A côté de nos observations personnelles, nous ajoutons l'observation suivante prise dans le service du D^r Cathala, à l'hôpital Saint-Louis.

Le 7 octobre 1933, à 12 h. 15, M^{me} X... Depuis 6 mois et demi, la femme a, de temps à autre, quelques petites hémorragies, mais hier soir la femme fait une hémorragie violente. Ce matin, voyant que l'hémorragie ne s'arrête pas, au contraire, elle décide de venir à l'hôpital. A l'arrivée, la femme est très pâle, extrémités froides, conjonctives décolorées. Pouls petit et filant. On la passe immédiatement à la salle d'opération. L'enfant est mort.

Examen du D^r Cathala : dilatation de 5 francs. On sent du placenta derrière l'orifice cervical. Vu l'état de la femme, on rejette la césarienne et on pratique, sans faire d'anesthésie, une basiotripsie. Rupture des membranes avec une pince de Museux, on applique le basiotribe. Pour l'extraction, on retire la branche postérieure, afin de permettre le laminage de la tête à travers le col. Le basiotribe dérape; on tire la tête avec une pince de Museux. Section du cou avec le fil de Gigli. Abaissement d'un bras. Extraction du tronc. Délivrance artificielle; après extraction du placenta, on sent quelques débris placentaires restés adhérent sur le segment inférieur; on les extrait. On ne fait pas de tamponnement, le corps utérin est bien rétracté. Hypophyse et érgotine. Pendant l'opération on a fait une transfusion de 400 grammes. Tout de suite après, elle va bien et elle se recolor.

TABLEAU DES RÉSULTATS OBTENUS EN FRANCE

	Nombre d'accouchements	Placenta Prævia	Mortalité Maternelle	
Service de M. Keller	19.898	100	6	1 décès sur 3.616 accouch.
Service de M. Reeb	18.307	101	9	1 décès sur 2.034 accouch.
MM. Anderodias et Mahon	11.078	59	1	1 décès sur 11.078 accouch.
Service de M. Cathala	52.057	87	13	1 décès sur 4.004 accouch.
Hôpital Baudelocque	41.228	170	8	1 décès sur 5.153 accouch.
Port-Royal	35.590	140	7	1 décès sur 5.084 accouch.
Hôpital St-Antoine	27.947	81	4	1 décès sur 6.986 accouch.
Hôpital de Rothschild	8.620	17	1	1 décès sur 4.310 accouch.
Total	214.725	755	1 décès sur	4.382 accouch.

Dans ce tableau ne figure pas la statistique de MM. Fulconis et Laffont, car la clientèle d'Alger est spéciale. Les femmes accouchent chez elles et ne vont à l'hôpital que dans les cas de dystocie ou dans les cas graves et ainsi la mortalité est au-dessus de la normale. Si nous prenons en considération la statistique de ce service on aurait un décès sur 3.382 accouchements.

RESUMÉ

En étudiant attentivement les statistiques de 11.944 placentas prævias, nous constatons qu'on trouve à peu près 1 décès pour 4.000 accouchements. Ce chiffre très approximatif n'a rien de constant, puisqu'il diffère notablement des séries plus ou moins heureuses de placenta prævia. Ainsi MM. Anderodias et Mahon n'ont qu'un décès sur 11.078, chiffre total de leurs accouchements, tandis que MM. Laffont et Fulconis enregistrent 1 décès sur 662 accouchements (ils ont eu 18 décès sur 11.921 accouchements).

La conduite adoptée par les accoucheurs en ces dix dernières années souligne la nécessité de l'eclectisme et confirme l'opportunité de la diversité des traitements.

Ce choix dépend encore du milieu où se trouve la parturiente, de la possibilité de transport dans un service obstétrical pourvu de ressources chirurgicales suffisantes; enfin la tendance personnelle de l'accoucheur, son expérience, son degré de formation chirurgicale entrent en ligne de compte pour décider du traitement. Même l'opération césarienne n'a pas une indication absolument formelle, puisque nous pouvons citer le très intéressant cas (Obs. n° 6) observé à l'hôpital Saint-Louis dans le service d'accouchement du D^r Cathala,

L'étude des observations montre que la mortalité est due en grand nombre à l'arrivée trop tardive des femmes dans les services. Elles sont envoyées de ville, parce qu'elles saignent, elles perdent du sang pendant le transport et elles arrivent exsangues, en état de choc et, souvent, d'infection. Au contraire, les femmes reçues par le service, en bon état ont une mortalité assez faible. Pour diminuer la mortalité et les accidents graves il faut enseigner aux élèves sages-femmes, aux étudiants, il faut faire comprendre aux médecins que la femme enceinte qui saigne doit être hospitalisée au même titre qu'une grossesse tubaire rompue, qu'une appendicite aiguë, qu'une hernie étranglée; qu'en temporisant, une aggravation subite et souvent fatale peut se produire.

Pour éviter l'infection, il faut qu'ils sachent qu'il est inutile de faire des touchers répétés. Si le toucher est dangereux, parce qu'il fait saigner et qu'il infecte, le tamponnement vaginal l'est plus encore.

CONCLUSIONS

1° Les diversités anatomo-pathologiques et topographiques de l'insertion basse du placenta déterminent nécessairement une évolution clinique différente, laissant prévoir qu'un traitement unique des hémorragies qu'elle entraîne ne saurait être envisagé.

2° Le tamponnement vaginal doit être proscrit.

3° La rupture large des membranes donne des bons résultats dans la majorité des cas.

4° Lorsque cette rupture est inopérante ou impossible, un assez grand nombre d'accoucheurs restent fidèles aux procédés obstétricaux complexes.

5° L'indication opératoire à peu près absolue dans les cas suivants :

- a) Dans tous les cas où le placenta est accessible dans l'aire du col peu ou pas dilaté, même sans hémorragie actuelle abondante;
- b) Hémorragie chez une primipare au début du travail;
- c) Hémorragie menaçant d'être abondante;

d) Les petites hémorragies répétées pendant la grossesse;

e) Echec du traitement obstétrical.

6° La césarienne s'avère supérieure à toute autre pratique obstétricale ou chirurgicale dans les cas graves ou complexes.

7° L'hystérectomie abdominale est indiquée quand la femme est saignée à blanc ou menacée d'infection.

8° La transfusion sanguine pré ou post-opératoire remède éminemment efficace de l'anémie et de l'état de choc est appelée à rendre les plus grands services.

Vu : *Le Doyen,*

BALTHAZARD.

BOUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*

Brindeau

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN (E. P.). — Placenta prævia. *Southern Med.*, octobre 1926.
- AMMON (Ernst V.). — Zur Therapie der Placenta prævia. *Deutsche Med. Wochenschrift*, n° 10, nov. 1929.
- AMMON (Ernst V.). — Die Mortalität der vaginalen und abdominalen Entbindungsmethoden bei Placenta prævia. *Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynak.* 1930.
- BALARD. — Traitement du placenta prævia. *La Puériculture*, février 1930.
- BATORI (G.). — Sul taglio cesareo nella placenta prævia. *Rassegna d'Ostetr. e Ginec.*, juillet 1932.
- BEGGIOTO (UGO). — Il foglio cesareo nella placenta prævia. *La Clinica Ostetrica*, janvier 1930.
- BÉNEYTOUT (I.). — Pronostic de l'insertion vicieuse dans le placenta. Thèse de Paris, 1933.
- BICHARA (A.). — Le procédé du professeur Delmas dans le placenta prævia. Thèse de Montpellier, 1930.
- BOQUEL. — Sur les conditions actuelles du traitement du placenta prævia. *Science Méd. Prat.*, 15 déc. 1928.

- BOYER. — Etude, statistique et critique sur les hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. Thèse de Paris, 1932.
- BRINDEAU. — Discussion des rapports au Congrès d'Obstétrique, octobre 1933.
- BUCSAN (C.). — Hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur : traitement obstétrical et chirurgical. Thèse de Paris, 1928.
- CATHALA (V.). — Discussions des rapports au Congrès d'Obstétrique, octobre 1933.
- CLEVELAND. — The treatment of placenta prævia by prophylactic blood transfusion and cesarean section. *Amer. Journ. of Obst and Gyn.*, octobre 1927.
- COHEN-DELOORO. — La dilatation du col de l'utérus sous rachianesthésie. Thèse de Paris, 1932.
- COUINAUD. — Conduite à tenir dans la placenta prævia. *Sciences Médicales*, 1926, p. 8.
- COUVELAIRE. — Traitement des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. *Pratique Méd. Française*, déc. 1931.
- DELEAS. — Réflexion à propos du placenta prævia. *Ser. Obst. et Gyn.*, Toulouse, novembre 1928.
- DELMAS (Paul). — Placenta prævia central. Réunion d'Obstétrique et de Gynécologie de Montpellier. Séance du 13 juillet 1931.

DESNOYERS. — Hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. Cours de perfectionnement à la Clinique Baudelocque, 1928.

DESOUBRY. — Les interventions chirurgicales dans le traitement des placentas prævias. Thèse de Paris, 1925.

EDDÉ. — L'intervention hâtive dans le traitement du placenta prævia. *Presse Médicale d'Egypte*, déc. 1931.

ESSEN-MOLLER. — *Americ. Journ. Obstetric*, 1932.

FILIPPI. — Traitement du placenta prævia à la Clinique d'accouchement de Bordeaux. Thèse de Bordeaux, 1925.

FRIGYESI. — Orvosi hetilap, 1931 (Hongrie).

GAUTRET. — La place de l'hystérectomie dans la thérapeutique du placenta prævia. *Journal de Méd. de Bordeaux*, septembre 1931.

HENRIET (P.) — Le traitement du placenta prævia par évacuation extemporanée de l'utérus. *Gazette des Hôpitaux*, n° 17, septembre 1930.

HENROTAY. — Rapport Gynécologie et Obstétrique, t. 4, 1921.

JAVNOZON (J.). — Placenta prævia et rachianesthésie. Thèse de Paris, 1931.

JEANNIN (C.). — Traitement de l'insertion vicieuse du placenta. *Paris Médical*, 1911-12.

— Comment on doit traiter actuellement le placenta prævia. *Journal des Accoucheuses*, juin 1931.

— Viciosus insertion. *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1^{er} avril 1933.

- KELLER. — Etude statistique de 100 cas de placenta prævia observés à la Maternité de Srasbourg. *Obstétrique et Gynécologie*, janvier 1933.
- KRAULT (L.). — A propos du placenta prævia. *Wiener Med. Wochenschrift*, n° 9, 1927.
- KREISS. — Placenta prævia reflexa de Hofmeyer. *Ser. Obst. et Gyn. de Strasbourg*, 3 novembre 1927.
- LACOMME. — *Revue Médicale Française*, 1930.
- LELORIER. — Leçons à la Clinique Baudelocque, 1924.
- LEQUEUX (M.). — Existe-t-il un traitement chirurgical du placenta prævia ? Leçons à la Clinique Tarnier.
- MAGOS. — Césarienne supra-symphysaire dans le traitement du placenta prævia. *Bruxelles Méd.*, juillet 1931.
- MARTIN (E.). — *Monatschrift für Geburtshilfe u. Gynak.* T. 78,, 1928.
- MATHIEU. — Contribution à l'étude de l'insertion vicieuse du placenta et son traitement. Thèse de Nancy, 1927.
- MAYER (M.). — Traitement chirurgical des hémorragies par insertion vicieuse du placenta, à la Clinique Baudelocque de 1920 à 1931. Thèse de Paris, 1933.
- MICHEL (C.). — Comparative statistical study on vaginal and abdominal operations. *Umbria Med.*, 1928.
- MOSZKOWITZ (L.). — Analysis of 158 cases of placenta prævia. *American Journ. Obst. and Gyn.*, avril 1932.

- NAHON (Ch.). — Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. Etude, statistique et critique des cas observés à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine de 1925 à 1932. Thèse de Paris, 1933.
- PAUCOT. — Placenta prævia. Soc. Obst. et Gyn. de Lille, 23 février 1926.
- Rapport au Congrès d'Obst. et Gyn., oct. 1933.
- PECKHAM (C. A.). — Statistical study at Johns Hopkin's Hospital. *American Journ. Obst. and Gyn.*, janvier 1931.
- PENSA (P.). — Sur la pathogénie du placenta prævia. *Annali di Ostetrica e Gin.*, août 1927.
- PESTALOZZA (E.). — Errore diagnostico in tema di placenta prævia. *La Clinica Ostetrica*, n° 1, janvier 1929.
- PISTUDDI. — *Annali di Ostetrica e Gin.*, mars 1931.
- PUPPEL (E.). — Cinq cas fatales de placenta prævia. *Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynak.*, juillet 1933.
- REEB. — Rapport au Congrès d'Obstétrique et Gyn., octobre 1933.
- RIBALLO. — Placenta prævia en milieu rural. *La Médic. Ibérica Madrid*, 8 mars 1930.
- SCHWAAB (J. A.). — Précis d'Obstétrique.
- SIEGEL (J. A.). — Analyse of 115 cases of placenta prævia. *American Journ. Obst. and Gyn.*, juillet 1931.
- SUSSMANN. — Die operative Behandlung der Placenta prævia. *Zentralblatt für Gynak.*, 1917.

SZTELHO (I.). — A placenta prævia mostani kezelese. *Buda-pesti orvosi ujsåg*, février 1933.

TURENNE. — Gynécologie et Obstétrique, t. 22, 1930.

VERA (J.). — Insercion de la placenta en el segmento inferior. *Revista Méd. Veracruzana*, 1922.

VERSINI (J.). — Contribution à l'étude du traitement par voie haute dans les insertions vicieuses du placenta. Thèse de Paris, 1932.

VICTOR (H.). — La Maternité de l'Hôpital de Rothschild, son fonctionnement jusqu'en 1930.

WELTON. — Tratamiento de la placenta prævia. *La Clinica*, juillet 1928.

WODON. — *Revue Française de Gynéc. et Obst.*, août 1932.



